

在宅患者訪問看護・指導料を活用した共同訪問申込書

申込日 年 月 日

患者さんの同意のもと、ご連絡・派遣申込書を送ります。よろしくお願ひします。

依頼先	FAX (058)382-9853		依頼元	依頼元名		
	東海中央病院 メディカルサポートセンター			医師名		
	TEL (058)382-3101			電話番号	F A X	
患者 基本情報	氏名		性別		男・女	
	生年月日					
	居住地					
	電話番号		☎			
請求先	氏名					
	住所					
	電話番号		☎			
最終 診察日	年 月 日					
派遣希望	<input type="checkbox"/>	緩和ケア専門研修を受けた看護師の派遣希望				
	<input type="checkbox"/>	褥瘡ケア専門研修を受けた看護師の派遣希望				
	<input type="checkbox"/>	人工肛門及び人工膀胱ケア専門研修を受けた看護師の派遣希望				
希望理由 (指導内容等)						
希望 年月日	<input type="checkbox"/>	希望なし				
	<input type="checkbox"/>	第 1 希望	年	月	日	午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	第 2 希望	年	月	日	午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/>
派遣先	場所					
	〒					
	TEL					
訪問看護 ステーション 名	名称					
	担当者名					
	TEL					
必要な 添付書類	<input type="checkbox"/>	医療保険証の写し				
	<input type="checkbox"/>	医療費受給者証の写し				
	<input type="checkbox"/>	訪問看護・指導計画書の写し				
	<input type="checkbox"/>	患者・家族の同意書の写し				